

Organización a la
que pertenece



NIF: _____

Nombre _____

Apellidos _____

Dirección _____

C Postal _____

Localidad _____

Teléfono
móvil _____

Provincia _____

Correo
electrónico _____

Cuenta bancaria
para ingreso: **ES** _____

DATOS DE LA BAJA

Fecha de la baja: _____ Fecha del alta: _____

Motivo de la baja: Enfermedad Común Accidente No Laboral

Además se precisó: Ingreso Hospitalario Intervención quirúrgica

Diagnóstico: _____

Otras explicaciones:

Firmado:

